

Proposta di assicurazione R.C. professionale per il MEDICO

La presente proposta NON costituisce ordine fermo all'emissione della Polizza.

INVIARE AL FAX
0815930316
OPPURE ALLA MAIL
INFO@CUOMOASSICURAZIONI.IT

L'Assicurando fornisce i dati necessari solo per la valutazione del rischio e resta in attesa di conoscere le condizioni per la propria copertura assicurativa. La firma del presente modulo non impegna le Parti alla stipulazione del contratto. Qualora il contratto venga sottoscritto, le dichiarazioni rese formeranno parte integrante della polizza di assicurazione ai fini degli articoli 1892,1893,1894 del Codice Civile. L'Assicurando dichiara pertanto di non aver ricevuto alcuna richiesta di risarcimento in ordine a comportamenti colposi posti in essere prima della compilazione del presente modulo e di non essere a conoscenza di alcun elemento che possa far supporre il sorgere di un obbligo di risarcimento di danno a lui imputabile per fatto già verificatosi al momento della compilazione del modulo, ovvero la copertura assicurativa non opera in relazione ai sinistri in attinenza ai quali l'Assicurando, prima della stipula della polizza, abbia già avuto percezione, notizia o conoscenza dei presupposti determinanti la sua responsabilità professionale, dichiarando altresì che i dati forniti rispondono a verità e di non aver sottaciato informazioni relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio.

INFORMAZIONI GENERALI

Il Proponente

Indirizzo

CAP CITTA'

P.IVA..... Codice Fiscale.....

TEL Cell. Mail

Iscr. Albo di: n° dal/...../.....

INFORMAZIONI E DICHIARAZIONI RIGUARDANTI L'ATTIVITA'

ATTIVITA' SVOLTA			
L'Assicurando dichiara di svolgere l'attività di <small>(Crocettare)</small>	Dipendente	Parasubordinato	Libero professionista
	Intramenia - Attività di intramemia con copertura assicurativa dell'ASL o dell'Ente ospedaliero		
In una struttura <small>(Crocettare)</small>	Pubblica	Accreditata	Privata
Con la seguente specializzazione			
Medico Generico – di Base	<input type="checkbox"/>		
Medico Specialista, esclusi accertamenti diagnostici invasivi e interventi chirurgici	<input type="checkbox"/>		
Medico Specialista, compresi accertamenti diagnostici invasivi, esclusi interventi chirurgici, Radiologi	<input type="checkbox"/>		
Anestesista/Rianimatore	<input type="checkbox"/>		
Medico che pratica la chirurgia	<input type="checkbox"/>		
Medico dentista, Odontoiatra esclusa l'implantologia	<input type="checkbox"/>		
Medico dentista, Odontoiatra compresa l'implantologia	<input type="checkbox"/>		
Ginecologo – Ostetrico con o senza assistenza al parto	<input type="checkbox"/>		

ESTENSIONI E LIMITAZIONI DI GARANZIA – DURATA CONTRATTUALE	
<small>Limitazione</small> FORMULA YOUNG – concedibile agli iscritti all'Albo professionale da non più di 3 anni alla data della sottoscrizione della polizza. Alla scadenza di tale periodo, la polizza stessa non si intenderà più rinnovabile alle medesime condizioni "Formula Young".	<input type="checkbox"/>
<small>Estensione</small> GARANZIA POSTUMA ILLIMITATA	<input type="checkbox"/>
<small>Estensione</small> Attività di DIRIGENTE RESPONSABILE di struttura complessa e di Capo Dipartimento (Non concedibile se scelta la Formula YOUNG)	<input type="checkbox"/>

SINISTRI – ALTRE POLIZZE	
Sono state rivolte all'Assicurando richieste di risarcimento per danni imputabili a una sua responsabilità professionale? (SI/NO)	<input type="checkbox"/>
Se SI DETTAGLIARE ED ALLEGARE RELATIVA DOCUMENTAZIONE	
Negli ultimi cinque anni sono state annullate polizze di R.C. Professionale? Se SI, quando e da quale Compagnia?	<input type="checkbox"/>
Ha polizze in corso per il medesimo rischio? Se SI, indichi il massimale	<input type="checkbox"/>
e la scadenza della polizza	
Sono state disdettate? Data	<input type="checkbox"/>

firma dell'Assicurando

ULTERIORI DICHIARAZIONI E PRIVACY

Il sottoscritto dichiara che le informazioni contenute nella presente Proposta corrispondono a verità e che nessuna informazione inerente il rischio oggetto di assicurazione è stata omessa e riconosce che sulla base di detta Proposta, e delle altre informazioni fornite, gli Assicuratori presteranno l'eventuale consenso alla stipulazione della Polizza.

"Codice della Privacy" (Art. 13 del D.LGS. n. 196/03) - Vi informiamo che il "trattamento" dei "dati personali" e "sensibili" riferito a Voi od eventualmente a persone di cui Vi avvalete nell'espletamento della Vostra attività, è diretto esclusivamente allo svolgimento dell'attività di mediazione assicurativa di cui alla Legge 792/84. Detto "trattamento" potrà da noi essere effettuato con l'ausilio di mezzi elettronici. Nel confermarVi che i "dati personali" non sono soggetti a diffusione, ma potranno essere soggetti a "trasferimento", Vi precisiamo che il "titolare" del "trattamento" è Carlo Cuomo Broker d'Assicurazioni. La sottoscrizione del presente questionario è da intendersi quale "assenso" scritto al "trattamento" dei suddetti dati.

• Effetti delle dichiarazioni inesatte e reticenti

Le dichiarazioni inesatte e/o le reticenze dell'ASSICURATO relative a circostanze tali che gli ASSICURATORI non avrebbero dato il loro consenso o non lo avrebbero dato alle medesime condizioni se avessero conosciuto il vero stato delle cose, sono regolate dagli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile i quali prevedono la totale o parziale perdita del diritto all'INDENNIZZO. Tali disposizioni si applicano anche ad ogni estensione, appendice, proroga o rinnovo della presente POLIZZA

• Periodicità e mezzi di pagamento di pagamento del Premio

Il Contratto prevede il pagamento annuale del Premio in unica soluzione.

Il pagamento del Premio dovrà essere eseguito a mezzo bonifico bancario su conto corrente intestato agli Assicuratori o all'Intermediario assicurativo, espressamente in tale qualità.

• Dichiarazione di impegno al rilascio del fascicolo informativo

L'intermediario, prima di predisporre l'offerta al proponente, si impegna ad inviare il fascicolo informativo redatto ai sensi del Regolamento ISVAP 35 del 2010, composto da: nota informativa, glossario, condizioni generali di assicurazione, Proposta.

Data/...../..... Firma del proponente